FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 № 27

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

SCHAEFFER, Marie, Marcel, Lucien

né à Lorry-Mardigny (Moselle) le 29 Novembre 1902

Interne des Hôpitaux

Interne à l'hopital Sadiki de Tunis

Quelques Réflexions sur l'Appendicite aiguë

Président: M. MERKLEN, Professeur

STRASBOURG

Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz

1931

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 № 27

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

SCHAEFFER, Marie, Marcel, Lucien

né à Lorry-Mardigny (Moselle) le 29 Novembre 1902

Interne des Hôpitaux

Interne à l'hopital Sadiki de Tunis

Quelques Réflexions sur l'Appendicite aiguë

Président: M. MERKLEN, Professeur

STRASBOURG

Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz

1931

FACULTÉ DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen . . . . . MM. MERKLEN ✻ ✪ I.
Assesseur . . . . . NICLOUX ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique	VLÈS ✻ ✪ I.
Chimie biologique	NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique . . .	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	N. . .
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique . . .	WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique . . .	PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ I.
Clinique infantile	ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
FONTÈS ✪ A.
GÉRY ✪ A.
SCHWARTZ ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés

MM. BENOIT
BLUM (Paul) ✻ ✪ I.
GELMA ✪ I.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER
KELLER ✪ A.
KREISS
LARROUSSE ✪ A.
REISS
SIMON ✻ ✪ A.
SIMONIN ✻
VAUCHER ✪ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire:

MM A. BOECKEL ✻ ✪ A. M. MEYER ✪ A. ROEDERER

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548008_0073

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage de profonde reconnaissance et d'affection filiale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MERKLEN

Professeur de clinique médicale.

Directeur de la clinique médicale A
de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Doyen de la Faculté de Médecine.

Notre maître d'externat et d'internat, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude pour l'enseignement clinique et pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. REEB

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Nous le remercions pour les précieux conseils et pour la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de notre internat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. KELLER

Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Directeur de l'Ecole Départementale d'accouchement du Bas-Rhin.

Qu'il veuille bien permettre à son ancien élève, de lui adresser ici l'assurance de son respectueux dévouement et de sa gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. BRUN

Chirurgien-chef et Directeur de l'hôpital Sadiki de Tunis.

Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie.

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Nous le remercions vivement pour l'amabilité qu'il a eu de mettre à notre disposition l'importante statistique de l'hôpital et de sa clinique privée, ainsi que pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de la rédaction de ce travail.

La grande bienveillance qu'il nous témoigne tous les jours dans son service et la haute valeur de son enseignement technique nous rendent fier de compter parmis ses élèves.

À MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG

A MES JUGES

Introduction

Toute a été dit, et il semble que l'on vienne beaucoup trop tard pour apporter des éléments nouveaux à l'histoire de l'appendicite aiguë.

Il serait d'autant plus prétentieux de notre part d'en avoir eu spontanément l'idée, si un des plus grands maîtres de la chirurgie moderne, et dont la notoriété en matière d'appendicite aiguë est incontestée, n'était venu nous dire:

«Il n'est pas de sujet en chirurgie qui ne doive être examiné à nouveau par les maîtres tous les cinq ou sept ans pour éviter la décadence dans la pratique.» (*J. B. Murphy.*)

Interne en chirurgie dans un service particulièrement actif nous avons eu l'occasion d'opérer et de voir opérer un grand nombre de cas d'appendicites aiguës; le fait, de relire toutes ces observations, nous a permis d'en tirer un certain nombre de réflexions et de conclusions. La récente discussion de la Société Nationale de Chirurgie portant sur l'appendicite aiguë, discussion ayant succédé à la communication de P. Duval, a facilité singulièrement notre tâche.

De cette discussion, la première chose qui nous est apparue, c'est qu'en réalité et désormais, un point capital était admis pour l'unanimité des

chirurgiens, à savoir la nécessité absolue, impérieuse, d'opérer les appendicites aiguës en évolution dès que le diagnostic est fait, sans s'embarrasser de ces vieilles formules: Opérer avant 36 heures, après il vaut mieux attendre.

En second lieu, il ressort de cette même discussion qu'en opérant tôt, dans les premières heures de la crise, le pourcentage de mortalité faisait de cette opération une opération bénigne, efficace et qu'elle supprimait par la suite toute une série de complications redoutables.

A notre stupéfaction, la lecture des communications de la Société Nationale de Chirurgie et de nos propres observations nous montrait que trop de médecins sont encore imbus de cette idée fausse, qu'il faut être encore opportuniste en matière d'appendicite, alors qu'il est manifestement évident qu'aujourd'hui, l'appendicite aiguë doit être opérée d'urgence au même titre qu'une hernie étranglée ou une perforation d'un ulcère, d'une vésicule biliaire ou de tout autre viscère.

Que pour expliquer le peu de diligence qu'ils mettent à appeler le chirurgien, beaucoup trop de médecins invoquent la possibilité d'erreur de diagnostic lorsqu'on intervient très précocement.

Que si tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité d'opérer, quelques uns d'entre eux formulent quelques réserves sur l'opportunité de cette intervention dans certaines formes cliniques nettement définies.

L'étude attentive de tous nos cas, leur observation clinique, les diagnostics auxquels ils ont donné lieu, le traitement appliqué, ainsi que leurs suites opératoires, nous ont suggéré un certain

nombre de réflexions dans tous les chapitres de l'appendicite aiguë qu'il s'agisse du point de vu clinique, du diagnostic, du pronostic, du traitement ou des suites opératoires.

⁂

Notre statistique comprend un nombre de 284 cas d'appendicite aiguë qui ont été opérés à l'hôpital Sadiki de Tunis et à la clinique du docteur Brun du 1er Janvier 1920 au 1er Octobre 1931. Les tableaux qui figurent ci-après donnent le détail des cas qui reviennent à l'hôpital et de ceux qui appartiennent à la clinique.

Sur ces 284 cas, 98 ont été opérés pendant les 24 premières heures qui suivaient le début de leur

Hôpital Sadiki. - Service des Hommes.

Crise remontant à	Nombre des cas	Appendicite simple	Perforation et gangrène	Péritonite généralisée	Abcès	Fermeture sans drainage	Décès	Cause du Décès
0—24 h.	18	15	2	0	1	12	1	Péritonite généralisée
24—48 h.	14	8	4	0	2	7	0	
48 h. à 5 Jours	18	10	4	1	3	7	0	
Au dessus de 5 Jours	33	22	0	0	11	12	0	
Total des cas	83	55	10	1	17	38	1	

Hôpital Sadiki. - Service des Femmes.

Crise remontant à	Nombre des cas	Appendicite simple	Perforation et gangrène	Péritonite généralisée	Abcès	Fermeture sans drainage	Décès	Cause du Décès
0—24 h.	4	2	1	0	1	2	0	
24—48 h.	3	2	1	0	0	2	0	
48 h. à 5 Jours	4	0	0	3	1	0	2	Péritonites généralisées
Au dessus de 5 Jours	18	10	1	2	5	10	1	Péritonite généralisée
Total des cas	29	14	3	5	7	14	3	

Clinique du Docteur Brun.

Crise remontant à	Nombre des cas	Appendicite simple	Perforation et gangrène	Péritonite généralisée	Abcès	Fermeture sans drainage	Décès	Cause du Décès
0—24 h.	76	57	17	2	0	48	1	Iléus paralytique
24—48 h.	32	20	12	0	0	12	0	
48 h. à 5 Jours	12	4	3	5	0	4	2	Péritonites généralisées
Au dessus de 5 Jours	52	30	0	1	21	23	1	Péritonite généralisée
Total des cas	172	111	32	8	21	87	4	

symptomatologie clinique; soit une proportion de 34,5 %. Nous enregistrons 2 décès. (observ. N° 5 et 6) ce qui nous donne une mortalité de 2,04 %.

Les lésions appendiculaires rencontrées dans ces opérations du premier jour sont le plus souvent simples, c'est-à-dire qu'elles consistent en un appendice congestionné, rouge et turgescent avec ou sans sérosité libre dans le péritoine. Cependant notons l'existence, au cours de ces premières 24 heures, de 20 cas de perforation et gangrène ce qui fournit une proportion de 20,4 % de lésions immédiatement menaçantes. Sur ces 98 cas, 62 ont été fermés sans drainage; (63,2 %).

Nous enregistrons un nombre de 49 cas opérés de la 24e heure à la 48e heure; aucun décès. Dans cette série, 17 fois l'appendice a été trouvé perforé ou gangréné, soit dans 34,6 % des cas; 21 fois la paroi a été fermée sans drainage (42,8 %).

34 cas ont été opérés pendant la période s'étendant de 48 heures à 5 jours. La perforation ou la gangrène ont été constatées dans 7 interventions (20,5 %). Péritonite généralisée dans 9 cas. (26,5 %); 4 abcès péri-appendiculaires (11,8 %) 4 décès par péritonite généralisée. Fermeture sans drainage dans 11 cas (32,4 %).

Les appendicites aiguës opérées au delà du cinquième jour comprennent avant tout les appendicites avec abcès péri-appendiculaires ainsi que les cas avec plastron, suffisamment ou insuffisamment refroidis. Leur nombre se monte à 103; nous y trouvons 3 péritonites généralisées (2,9 %) et 37 abcès péri-appendiculaires (35,9 %); 2 décès par Péritonite généralisée. Fermeture sans drainage dans 45 cas; (43,6 %).

Observations

Observation N° 1. Décembre 1927.

Zbeida bent Belgacem.

Il y a trois jours la malade a ressenti de violentes douleurs abdominales généralisées, accompagnées d'arrêt du transit des matières et des gaz; depuis la veille elle vomit.

A son arrivée sa température est à 39,5°. Le pouls est rapide et l'état général franchement mauvais. Le ventre est dur et douloureux. La douleur semble être plus intense à la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

A l'ouverture du péritoine on trouve un peu de pus et du liquide louche en assez grande quantité. Le cæcum, difficile à extérioriser, est situé très en arrière dans la cavité pelvienne. On perçoit à bout de doigt un appendice très volumineux et adhérent. On décolle prudemment les adhérences et on parvient à extérioriser l'appendice, lequel est violacé et énorme. Appendicectomie au thermocautère. Drain dans le Douglas et mèches dans l'angle iléo-cæcal. Suture incomplète de la plaie opératoire au crin.

Sérum physiologique sous-cutané et en goutte à goutte rectal.

Mort 5 jours après, par péritonite généralisée.

Observation N° 2, Octobre 1922.

Mlle B..., Tunis.

Appendicite aiguë datant de quatre jours. A l'arrivée de la malade on trouve une contracture abdominale généralisée avec hyperésthésie cutanée très marquée. Le pouls est à 130. Incision habituelle, très externe. Dès l'ouverture du péritoine il s'échappe un pus verdâtre et fécaloïde. L'appendice plonge dans le bassin. Il est énorme à son extrémité distale, rouge et renferme un volumineux calcul stercoral. Appendicectomie sans enfouissement du moignon. Lavage à l'éther. Un drain dans le Douglas; un autre vers le foie.

Fermeture incomplète de la paroi en un seul plan au crin.

Décès 36 heures après l'intervention.

Observation N° 3, 21 Août 192.

M. J..., La Goulette.

Le malade ressent, quinze jours auparavant, une douleur vive, localisée à la fosse iliaque droite. Un médecin est appelé et donne au malade le conseil de se reposer; ce conseil n'est pas suivi.

Il y a quatre jours le patient ressent de nouveau des douleurs abdominales très violentes et est vu en consultation par trois médecins lesquels se trouvent en présence d'un malade présentant des phénomènes généraux graves, avec faciès péritonéal, pouls à 120, ventre de bois et vomissements.

L'intervention est pratiquée d'urgence pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

Dès l'ouverture du ventre il s'échappe un flot de pus très fétide. On se contente de placer des drains dans la cavité abdominale.

Le malade meurt trois jours après.

Observation N° 4, Mars 1927.

A..., Grombalia.

Appendicite aiguë datant de 6 jours avec toute la symptomatologie de la péritonite généralisée.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve celui-ci remplis de pus.

On n'arrive pas au moignon appendiculaire.

Devant des lésions aussi avancées on se contente de placer un drainage à la Mickulicz vers le haut puis un drain plus une mèche dans le Douglas.

Fermeture incomplète de la paroi, en un seul plan au crin.

Décès le huitième jour par péritonite généralisée.

Observation N° 5, 22 Mai 1930.

Mlle L...

La malade a déjà eu plusieurs crises.

Cette fois elle est opérée à la 16e heure après le début des symptômes.

A l'incision on trouve un cæcum distendu et beaucoup de liquide dans le péritoine. Appendicectomie avec enfouissement du moignon. Un drain dans le Douglas. Fermeture incomplète de la paroi en un seul plan au crin.

Le quatrième jour, vomissements à la suite de la purgation. Dans la nuit l'état s'aggrave subitement; la température monte et le pouls disparaît presque complètement; cyanose des extrémités. Les vomissements persistent les jours suivants malgré les lavages d'estomac. Le pouls redevient meilleur, mais l'occlusion intestinale persiste et la mort survient.

Observation N° 6, 30 Septembre 1931.

Saadi ben Mohamed.

Le malade se présente au service de garde pour coliques abdominales légères apparues le jour même; il est constipé depuis 48 heures. Pas de nausées, pas de vomissements. Température: 37,2°. Pouls normal à 72. L'examen de l'abdomen montre une légère douleur siégeant à trois travers de doigt de la ligne médiane, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic. Le signe de Lapinsky est positif. Pas de contracture musculaire.

On propose au malade l'intervention pour appendicite, mais elle est refusée. Le patient retourne chez lui, après avoir demandé un purgatif, lequel lui est refusé, bien entendu.

Trois heures après, le malade se présente de nouveau au service de garde; la douleur est beaucoup plus intense et il éprouve des nausées. On note à ce moment de la contracture dans la fosse iliaque droite; température 38°; pouls 90; cette fois l'intervention est acceptée et pratiquée une heure après. Le malade a un vomissement en arrivant à la salle d'opération.

Incision très externe; on tombe sur un appendice en forme de massue, très congestionné, rétro-cæcal, implanté sur un cæcum fixé anormalement haut. Il existe deux faux méso-appendices. Appendicectomie suivant le procédé habituel. L'hémostase au niveau des mésos est extrémement ardue en raison de la friabilité des tissus. Pour la même raison, l'enfouissement du moignon ne peut se faire que sous une frange graisseuse. On constate l'existence d'un épanchement séro-hématique dans la cavité péritonéale. Ce liquide est épuisé à la compresse. Fermeture sans drainage.

A l'ouverture de l'appendice, on trouve dans sa cavité un pus fécaloïde dans lequel nagent quelques pépins de grenade. Tout se passe normalement par la suite; le malade va parfaitement bien jusqu'au matin du cinquième jours. A ce moment le pouls devient rapide; quelques nausées apparaissent au cours de la journée et on trouve un ventre modérément tendu mais non douloureux. Glace sur le ventre. Pendant la nuit le pouls devient de plus en plus rapide, filiforme; le malade succombe au matin.

Observation N° 7, Novembre 1930.

Houria bent Abdallah Amor.

La femme est adressée à l'hôpital pour occlusion intestinale datant d'environ 5 jours.

L'état général est franchement mauvais; les extrémités sont froides. La température est à 37,2°; le pouls bat à 120. L'abdomen, ballonné dans la région sous-ombilicale, est tendu et très sensible dans la région sous-ombilicale avec maximum de la douleur et de la contracture au niveau de la fosse iliaque droite. La malade vomit fréquemment. On pose le diagnostic de péritonite généralisée, d'origine probablement appendiculaire.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de pus mélangé à de la sérosité louche. Les anses intestinales sont dilatées, rouges et agglutinées par de nombreuses adhérences. Le cæcum présente des plaques de sphacèle. L'appendice, de couleur verdâtre, est perforé; de nombreuses adhérences l'unissent au cæcum.

Etant donné la diffusion de toutes ces lésions ainsi que le mauvais état général de la malade, on se contente de placer des drains.

Fermeture incomplète de la paroi au fil de bronze.

Sérum physiologique sous-cutané et en goutte à goutte rectal.

Décès le lendemain par péritonite généralisée.

Observation N° 8, Mai 1920.

Barka bent Ali.

Aucun renseignement sur le début et l'évolution de la crise appendiculaire.

A l'incision le péritoine laisse échapper trois à quatre verres de pus à odeur fécaloïde, contenant de petites parcelles de matières fécales. On ne trouve pas l'appendice, lequel est noyé dans un abcès.

On place deux drains en canons de fusil. Lavage à l'éther.

Décès 5 jours après par péritonite généralisée.

Plusieurs choses nous frappent à la lecture de ces résultats statistiques; d'abord et avant tout la fréquence des lésions génératrices de péritonite au cours des premières 24 heures et néanmoins la faible mortalité au cours de cette première période. Voilà un plaidoyer éloquent en faveur de l'intervention précoce et nous ne saurions mieux faire ici que de citer les conclusions émises il y a vingt ans par le professeur Hartmann au congrès de chirurgie de 1911:

«*Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une appendicite aiguë chaude, lorsqu'il*

existe de la fièvre, de la douleur iliaque, de la défense musculaire, nous prenons immédiatement le bistouri et jusqu'ici nous n'avons pas vu un malade succomber à ces opérations précoces. Nous sommes convaincus que si nos collègues au lieu de discuter sur les cas, de les suivre matin et soir, prêts à opérer au premier symptôme alarmant, considéraient l'appendicite aiguë chaude comme une maladie à opérer au même titre qu'une hernie étranglée..., on n'aurait plus à enregistrer une mortalité aussi considérable que celle que nous voyons aujourd'hui à la suite de retard apporté à l'intervention. En présence d'une appendicite qui évolue, le plus savant d'entre nous est encore incapable de savoir ce qui va se passer.»

Au point de vue clinique il faut faire observer, que nous avons affaire la plupart du temps à une population indigène. Il est difficile chez ces gens d'obtenir des renseignements précis d'anamnèse; d'autant plus qu'ils se soignent peu, sont très durs à la souffrance et qu'ils ont la fâcheuse habitude, avant de se rendre à l'hôpital, d'employer leur thérapeutique empirique. Force nous est donc de nous appuyer uniquement sur des signes objectifs et physiques, ayant les caractères les plus pathognomoniques de l'affection en cause.

Pour nous, le seul symptôme primordial, majeur et suffisant pour faire le diagnostic d'appendicite aiguë, c'est *la douleur spontanée,* accusée par le malade ou déjà traduite quelquefois sur la peau par l'application de sangsues, de pointes de feu ou d'un tatouage; *douleur provoquée* par la pression dans la fosse iliaque droite, sans accorder une localisation géométrique précise comme ont voulu le

faire certains auteurs qui, ce faisant, ont par trop l'air de croire que l'appendice a une position anatomique absolument immuable. Nous disons donc douleur dans la fosse iliaque droite; tant mieux si la douleur siège juste au point de Mac Burney. Si la douleur ne siège pas au niveau de la fosse iliaque droite, nous verrons plus tard où nous devons la rechercher.

Le deuxième symptôme, c'est *la contracture de la paroi* plus ou moins intense et qui traduit toujours une réaction péritonéale légère.

Enfin *la nausée* et quelquefois *les vomissements* avec de *la fièvre* et de la température complètent le tableau clinique. Mais c'est surtout la douleur qui nous a semblé le symptôme capital et c'est pour cela que nous voulons nous y arrêter.

*
**

Vouloir d'une manière aussi précise que le fait le marin à l'aide de son théodolite, déterminer par des mesures géométriques le point exact de la douleur appendiculaire, est une grossière erreur. S'il est vrai que souvent nous avons trouvé le maximum de la douleur au point de Mac Burney, nous l'avons rencontré non moins fréquemment au-dessus ou au-dessous de ce point. Les anatomistes nous enseignent que la position du cæcum et par là même de l'appendice est sujette à un certain nombre de variations; ces variations anatomiques se traduisent en clinique par des points douloureux à topographie variable. Le seul fait que nous retenons, c'est le siège de la douleur dans la fosse iliaque droite.

Nous n'accordons pas d'importance aux variations concernant l'intensité de la douleur appendiculaire; nous avons pu nous assurer très souvent du fait qu'il n'existe aucune espèce de corrélation entre l'intensité du point douloureux spontané et provoqué et le degré des lésions anatomiques trouvées au cours de l'intervention. C'est, pour un médecin, commettre une faute grave que d'en appeler à la faible intensité d'un point douloureux appendiculaire pour justifier un retard apporté à l'acte opératoire.

Troisième point: Nous avons été extrêmement surpris de trouver aux cours d'interventions portant sur des appendicites dites chroniques un nombre aussi élevé d'appendices en situation rétro-cæcale. Cette fréquence augmente encore dans les appendicites aiguës et nous ne serions pas éloignés de croire que cette situation constitue une cause favorisante de la crise appendiculaire.

La fréquence des appendices rétro-cæcaux se traduit dans notre statistique par les chiffres suivants:

27,3 % pour les appendicites dites chroniques; 29 % pour les appendicites aiguës. Soit un pourcentage global de 28 %.

Brunswic-Le-Bihan, en 1904 avait déjà attiré l'attention sur la fréquence de la situation rétro-cæcale de l'appendice chez les populations de l'Afrique du Nord. Il avait trouvé cette situation 26 fois sur 35 sujets, soit dans 74,2 % des cas. — Notons en passant que les anatomistes donnent en général des chiffres plus faibles; 13 % pour Lafforgue; 33,9 % pour Tarenetzky; 16,9 % pour Tuffier.

Or cette fréquence des appendices rétro-cæcaux s'est traduite dans nos observations par le nombre élevé d'appendicites à symptomatologie lombaire inférieure droite.

Le point douloureux de la région lombaire inférieure, sur lequel Monsieur le docteur Brun avait déjà insisté dans sa thèse et dans un article paru dans la Presse Médicale en 1919, a été recherché systématiquement chez tous nos malades suspects de faire une crise d'appendicite, surtout lorsque les signes étaient frustes dans la fosse iliaque droite. Ce point lombaire, dit Brun, siège au-dessus de la crête iliaque droite dans la partie moyenne, avec un maximum d'intensité à l'angle externe du triangle de J. L. Petit. La connaissance de cette particularité topographique de la douleur nous a permis, dans la grande majorité des cas, de poser le diagnostic d'appendicite aiguë à forme rétro-cæcale avant l'intervention. Le diagnostic de cette forme a son importance pratique, puisqu'il permet de lui appliquer une incision spéciale, sur laquelle nous reviendrons.

Notons encore que ce n'est pas la douleur seule qui est reportée en arrière au cas d'appendicite rétro-cæcale; nous y avons rencontré assez souvent la contracture musculaire et parfois l'hyperésthésie cutanée. Il est curieux de constater, combien peu les classiques insistent sur ce point douloureux lombaire, alors que sa fréquence est grande et sa valeur indubitable.

Nous n'avons pas à faire ici l'étude de tous les points douloureux qui ont été décrits à propos de l'appendicite; (points de Munro, de Lenzmann, de Sonnenburg, de Morris, de Lanz, de Garau, de

Loeper et Esmonet, etc. etc.) ni de tous les moyens employés pour réveiller la douleur (signe de Rosving, de Blumberg etc.) Un seul, décrit récemment par Lapinsky, nous a paru être d'une très grande valeur clinique et nous ne l'avons jamais pris en défaut. Rappelons que ce signe doit être recherché de la façon suivante: Le malade étant dans le décubitus dorsal, on lui demande de fléchir la cuisse sur le bassin, la jambe étant maintenue en extension; pendant ce temps on exerce une pression constante et continue dans la fosse iliaque correspondante. La manœuvre est d'abord pratiquée à gauche, afin d'avoir un élément de comparaison; puis on passe du côté malade. La douleur, réveillée par ce procédé, ne permet pas au malade d'élever le membre inférieur droit à un niveau aussi élevé que celui du côté gauche. — Nous ne saurions que recommander vivement cette manœuvre très simple.

Chez l'enfant, en cas d'appendicite aiguë, deux signes nous ont été donnés par le docteur Brun qui les a souvent rencontrés:

1° La difficulté pour l'enfant, de passer de la position couchée à la position assise.

2° Un geste qui consiste, pour l'enfant, à décrire avec sa main un trajet allant de l'ombilic à la fosse iliaque droite, geste indiquant le siège de la douleur ressentie, avec ses irradiations.

Quant aux sièges anormaux d'un appendice, qui peuvent se traduire par des douleurs à gauche, sous le foie, au-dessus de l'ombilic ou dans le pelvis, ce sont là des choses rares qui peuvent faire l'objet évidemment de communications spéciales, mais qu'il faut bien se garder de mettre sur le même pied

d'égalité que la douleur dans la fosse iliaque droite, sous peine de manquer de bon sens.

⁂

Après la douleur, *la contracture de la paroi* est le meilleur symptôme de l'appendicite aiguë. Cette contracture, d'abord localisée à la fosse iliaque droite, peut encore se généraliser au cas de perforation appendiculaire. C'est elle qui donne aussi ce type de respiration spécial dit thoracique superficiel, surtout rencontré chez les enfants. — La contracture s'accompagne aussi parfois d'hyperésthésie cutanée sur laquelle Kirmisson avait insisté comme signe de perforation.

⁂

La nausée et *les vomissements* ne manquent presque jamais; chez l'enfant en particulier, l'appendicite débute très fréquemment comme une indigestion, avant même l'apparition de la douleur dans la fosse iliaque. Ces vomissements sont d'abord alimentaires, ensuite aqueux.

La constipation est presque toujours de règle.

Ces deux symptômes entraînent trop souvent le malade ou ses parents à avoir recours aux purgations et aux lavements.

Nous n'avons pas à insister ni à décrire les vomissements qui surviennent au cas de péritonite appendiculaire; à ce moment tout le cortège symptomatique de la péritonite est là, pour ne laisser aucun doute au clinicien averti.

⁂

La symptomatologie que nous venons de décrire, apparaît comme bien simplette à la vérité. Ayons aussi le courage de dire que tous ces symptômes peuvent être très différents dans leur intensité, que certains peuvent même manquer complètement et qu'il est absolument impossible d'affirmer, quelles seront les lésions exactes que nous trouverons à l'opération. Aussi bien n'attachons nous aucune espèce d'importance à tous les autres signes qui ont été décrits; (adénite monoganglionnaire de Berardinone, localisée à la région inguinale au-dessus de l'arcade crurale; leucocytose; les modifications des urines; les frissons et dans certains cas la bradycardie; etc. etc.) Ces signes si nombreux, donnent à penser que les médecins, après avoir ignoré pendant des siècles l'existence de l'appendicite, veulent se faire pardonner aujourd'hui en enrichissant sa symptomatologie, qui hélas, se traduit trop souvent par des hésitations à l'acte opératoire.

Aussi simple pour nous que sa symptomatologie, apparaît en réalité *le diagnostic* de l'appendicite aiguë.

C'est à très peu de diagnostics que l'on doit s'arrêter lorsque l'on a de la douleur dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen accompagnée de contracture et de défense de la paroi, de vomissements et de fièvre; encore que pour nous, nous le répétons, c'est la douleur avant tout, spontanée et provoquée, qui est à la tête du cortège et en est le symptôme capital.

En fait, les affections qui ont pu être prises pour des appendicites, par ordre de fréquence sont les suivantes:

1° *La perforation d'un ulcère duodénal.*

Un tiers en effet, des ulcères perforés du duodénum sont pris pour une appendicite; surtout ceux qui avaient évolués jusque là à bas bruit, sans symptomatologie spéciale et nette. Or l'ulcère duodénal est considéré par certains chirurgiens (Brun) comme un ulcère bien spécial, évoluant très rapidement vers la perforation et chez des sujets jeunes.

Par ailleurs, la disposition de la racine du mésentère favorise l'écoulement dans la fosse iliaque droite des liquides issus de cette perforation. Il est facile dans ces conditions de comprendre, que l'irritation péritonéale de la fosse iliaque droite se traduise par de la douleur et de la contracture musculaire, et que beaucoup de chirurgiens aient commencé par une incision dans la fosse iliaque et ne soient revenus au diagnostic exact que devant le peu de lésions appendiculaires, ou la présence de gaz et de matières alimentaires dans la cavité péritonéale.

N'oublions pas enfin, que beaucoup d'auteurs américains pensent qu'il y a très souvent relation entre l'appendicite et l'ulcère duodénal; c'est pour cela qu'ils complètent très souvent leurs interventions sur les ulcères du duodénum par une ablation systématique de l'appendice.

Ce diagnostic différentiel entre l'ulcère duodénal perforé et l'appendicite aiguë est le plus difficile à faire.

2° *La perforation d'un ulcère de l'estomac* vient ensuite.

Là il y a généralement un passé gastrique qui met sur la piste; les vomissements qui accompagnent la perforation, renferment quelques fois

un peu de sang. La douleur extrêmement intense, en coup de poignard, transfixiante, avec repercussion entre les deux omoplates; le haut degré de contracture de la région épigastrique, ventre de bois, le faciès extrêmement angoissé du malade ainsi que l'absence de fièvre au début permettent de penser à une perforation gastrique.

3° Le troisième diagnostic c'est chez la femme qu'on est obligé de le poser avec *la douleur de la salpingite droite.* Là les renseignements anamnésiques et le toucher vaginal permettent quelquefois d'orienter le diagnostic. Enfin, il faut se rappeler ce vieux conseil donné par le professeur Segond: «*Les salpingites sont comme les oreillons, elles n'ont pas de singulier.*» Même si l'inflammation porte plus particulièrement sur les annexes droites, il est bien rare qu'on ne trouve pas à gauche les lésions peut-être moins considérables, mais qui pour cela n'en sont pas moins nettes.

4° Le diagnostic se pose également avec *la rupture d'une grossesse tubaire,* du moins au début; mais bientôt apparait tout le cortège symptomatique de l'hémorragie interne qui pour nous ne consiste pas dans la rapidité du pouls mais par les tendances qu'à la malade à la syncope. La sensation de froid, de vertige, le retard de règles suivi de petites métrorragies de sang noirâtre, le rejet d'une caduque ainsi que la douleur du cul-de-sac de Douglas sont des éléments essentiels de diagnostic.

5° *Les cholécystites aiguës* et *la pancréatite hémorragique.*

Ces diagnostics ne sont fait que le ventre ouvert, car on pense soit à un ulcère perforé, soit à une appendicite.

6° *L'invagination iléo-cæcale* chez les très jeunes enfants.

Il ne faut jamais omettre le toucher rectal chez un nourrisson qui présente un syndrome abdominal aigu.

7° Quant à *la colique hépatique*, sa symptomatologie est assez spéciale pour permettre un diagnostic ferme; nous ne l'avons pas trouvée dans nos observations.

8° En ce qui concerne *la colique néphrétique*, il semble que parfois elle puisse donner le change; nous signalons plus loin un cas dans lequel une erreur a été commise dans ce sens; cependant, en réalité au cours d'une colique néphrétique le syndrome urinaire est suffisant pour ne pas la mettre en doute.

9° Un diagnostic plus rare à faire avec l'appendicite aiguë est constitué par *la péritonite à pneumocoque*.

Cette affection se rencontre surtout chez la fillette. Son début peut ressembler à s'y méprendre à celui de l'appendicite aiguë. La douleur abdominale très violente, siège assez souvent dans la fosse iliaque droite. Les signes de localisation de cette affection, (déplissement de l'ombilic, saillie de l'ombilic, rougeur de la zone péri-ombilicale) sont trop tardifs et n'entrent pas en ligne de compte dans le diagnostic précoce. Le signe qui, au début, possède une grande valeur en faveur du diagnostic de péritonite à pneumocoque est constitué par la diarrhée intense et persistante. Ce symptôme surprend d'autant plus que l'on n'est guère habitué à le rencontrer associé à des signes de péritonite

aiguë. Cependant ce signe n'est pas constant et peut n'apparaître qu'au deuxième ou troisième jour.

Un autre symptôme qui est susceptible d'orienter le diagnostic vers la péritonite à pneumocoque consiste dans le contraste qu'il y a entre les différents signes, généraux ou autres, et l'état presque normal de l'abdomen.

Au Congrès Français de Chirurgie de 1931 on a insisté sur l'importance de l'examen du sang dans le diagnostic de la péritonite à pneumocoque. En particulier, à propos de cinq observations de M. Lafitte, M. Mondor insiste à nouveau sur l'importance de l'hyperleucocytose et rapporte les affirmations de Gibson: «*La manière dont se présente la numération leucocytaire dans la péritonite à pneumocoque est si caractéristique, que le diagnostic peut être fait ou pratiquement entrevu dans tous les cas.*» D'après ce dernier auteur, la leucocytose varierait de 20.000 à 74.000 dans le cas de péritonite à pneumocoques alors que dans l'appendicite les chiffres varient seulement de 10 à 15.000. La polynucléose dépasserait 90 %.

Le diagnostic différentiel entre l'appendicite aiguë et la péritonite à pneumocoque présente-t-il un intérêt capital? Tout dépend du point de vue où l'on se place quant au traitement de cette dernière affection. La question du traitement des péritonites à pneumocoques est actuellement très discutée et l'accord n'est pas encore fait entre les chirurgiens, sur le moment où il convient d'opérer. — Certains d'entre eux tels: Jensen, Budde, Strauss, Kirchhoff, Wolfsohn, veulent qu'on attende l'enkystement du pus pour intervenir tandis que Waugh, Smith, Ombrédanne, Drachter restent partisans de l'opération aussi précoce que possible. (Obadalek.)

Que penser de cela? Nous ne relevons dans nos observations aucun cas où une appendicite aiguë ait été confondue avec une péritonite à pneumocoque. En fait, si ce problème clinique se posait un jour devant nous, nous nous rangerions du côté des interventionnistes et cela pour plusieurs raisons: D'abord parce que la possibilité d'affirmer avec certitude le diagnostic de péritonite à pneumocoque est chose extrêmement délicate; parceque la péritonite à pneumocoque peut s'aggraver d'un moment à l'autre et qu'il peut apparaître d'autres signes de localisation de la sépticémie pneumococcique. Enfin et surtout, parce que une péritonite à pneumocoque prise pour une appendicite et opérée précocement doit guérir, alors qu'une appendicite véritable, méconnue et étiquettée péritonite à pneumocoque et pour laquelle on n'intervient pas, mène à la mort.

*
**

Somme toute, il y a très peu de diagnostics à faire au début d'une crise d'appendicite aiguë. Il va de soi, que si l'on ne voit une crise que beaucoup plus tard, au moment d'une péritonite généralisée ou encore d'un gros plastron appendiculaire ou d'un abcès, on est amené à envisager quelques autres diagnostics. Nous trouvons parfaitement inutile d'ouvrir un nouveau chapitre sur ce sujet car lorsqu'un chirurgien est appelé devant un malade de ce genre il n'a en fait que deux indications à formuler:

Faut-il opérer?

Faut-il s'abstenir?

Pour nous la seule faute à ne pas commettre c'est d'opérer quand l'opération est inutile et bien

plus lorsqu'elle est dangereuse pour le malade. Par contre nous n'avons rien à nous reprocher si, ayant décidé une intervention nous n'avons pas fait un diagnostic exact, mais si notre intervention était quand-même nécessaire pour sauver notre malade. C'est pour cela que si, ayant porté le diagnostic d'appendicite nous tombons sur un ulcère perforé, une hématocèle, une invagination, nous avons tout de même eu raison d'opérer. Si nos tergiversations, si le soucis d'établir un diagnostic parfait nous laissait au port d'arme devant de pareilles affections, nous risquerions fort de perdre notre malade. Nous n'aurions, ce faisant, ni fait preuve de bon sens clinique ni de tempérament chirurgical.

De ces vérités, voici plusieurs exemples:

Observation N° 9, 24 *Juillet* 1931.

Mahmoud ben Sadok.

Le malade vient à l'hôpital parce que depuis 18 heures il ressent d'assez fortes douleurs abdominales, surtout à droite. Il n'a pas eu de selles depuis ce même temps; pas de vomissements. Le malade est vu au début par un médecin qui lui conseille le repos et une vessie de glace sur l'abdomen.

Bon état général; bon pouls; température à 37°.

L'abdomen est souple. A la palpation on réveille la douleur au creux épigastrique et à la fosse iliaque droite.

Incision très externe en vue d'une appendicectomie. Dès l'ouverture du péritoine il s'échappe des gaz sous pression, à odeur d'éther. (Le malade est anésthésié à l'éther.) Dans la gouttière pariétocolique droite on trouve un épanchement mucobilieux. L'appendice est enlevé rapidement; on

place un drain dans la gouttière pariéto-colique droite, un autre dans le Douglas et on va voir du côté de l'estomac. — La parotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un ulcère duodéno-pylorique perforé à l'emporte-pièce sur une surface d'une pièce de 1 fr. — La brèche est fermée par un double surjet et on recouvre par un bouchon épiploïque. — Gastro-entero-anastomose complémentaire et drainage à la Mikulicz de l'espace gastro-hépato-colique droit; fermeture incomplète de la paroi au fil de bronze.

Le malade sort guéri au bout de un mois.

Observation N° 10, 14 *Mai* 1928.

M. T...

Depuis plusieurs années le malade se plaint de troubles digestifs et de douleurs dans la région vésiculaire survenant par crises. On considère pendant longtemps ces troubles comme étant imputables à la vésicule biliaire, peut-être au duodénum.

Finalement on se décide à l'intervention.

Laparotomie médiane sus-ombilicale; il existe de nombreuses adhérences entre l'épiploon et la région vésiculaire. On est amené à sectionner une bride qui vient cravatter la face antérieure du duodénum immédiatement après le pylore. Au moment où on se dispose à dégager la vésicule biliaire des adhérences qui l'entourent, on aperçoit l'extrémité distale de l'appendice qui s'y trouve noyée. Tout l'appendice est gros, œdémateux, et donne à penser que tous les troubles ressentis par le malade depuis plusieurs années et que l'on considérait comme étant d'origine vésiculaire étaient en réalité imputables à l'appendice.

Appendicectomie au thermo. Enfouissement du moignon. Fermeture de la paroi en trois plans.

Observation N° 11, 2 *Juillet* 1926.

Amor Gozzi.

Malade envoyé par le docteur S... pour appendicite aiguë. Le début de l'affection remonte à la veille sous forme de douleur progressive dans l'abdomen sans arrêt du transit intestinal car le malade a encore eu une selle et des gaz.

A l'arrivée à l'hôpital la température est de 38,5°; le pouls est à 100. Le ventre montre un ballonnement localisé à la fosse iliaque droite. La défense musculaire est généralisée. Le toucher rectal, non douloureux, permet de sentir une tuméfaction comblant le petit bassin en avant. On pense qu'il s'agit d'un syndrome appendiculaire ou d'une occlusion siégeant sur la fin du grêle.

Incision de Mac Burney; le péritoine ouvert, il s'échappe du liquide hématique. On agrandit l'incision primitive et on tombe sur une masse dure et noirâtre qui se laisse difficilement explorer de ce côté. Laparotomie médiane sous-ombilicale donnant un jour beaucoup meilleur. Il s'agit d'un volvulus extrêmement serré de la fin du grêle autour de l'appendice; la pointe de ce dernier est considérablement dilaté et noirâtre; pas d'adhérences, pas de fausses membranes. On sectionne l'appendice entre deux pinces; l'anse volvulée est noirâtre et flasque. Appendicectomie avec enfouissement du moignon. Résection de l'anse grêle gangrénée; le bout cæcal est enfoui sous un double surjet. Le cæcum étant adhérant à la fosse iliaque on est obligé

de faire une iléo-transverso-stomie à suture termino-latérale.

Fermeture des incisions iliaque et médiane de la paroi en un seul plan au fil de bronze. On place un drain dans le Douglas. Goutte à goutte rectal de sérum glucosé.

Le malade sort guéri un mois après.

Observation N° 12, Décembre 1921.

Général R...

Une crise remonte à la fin de septembre sous forme de douleurs abdominales et de coliques. Un médecin est appelé en consultation et fait le diagnostic de colique néphrétique parce que les douleurs se propagent au méat urinaire; le malade avait à ce moment de la température. Il est mis à un régime.

Le malade est vu par Brun pour la première fois fin octobre. Depuis deux jours la fièvre a repris. On trouve un plastron occupant toute la fosse iliaque droite. Sous l'influence de la glace et d'un régime alimentaire sévère le plastron diminue et finit même par disparaître à peu près complètement vers le milieu de décembre. Il reste néanmoins une sensibilité de la région à la palpation profonde et un peu de défense musculaire. C'est alors que l'intervention est pratiquée. Incision iliaque très externe. A l'ouverture du péritoine qui est rouge, il s'échappe un peu de liquide hématique. Le cæcum est rouge. L'appendice encore œdémateux est rouge et adhérent par son extrémité distale à l'intestin grêle.

Appendicectomie au thermo. Enfouissement du moignon. Paroi refaite en trois plans. (Catgut

chromé sur les muscles et aponévroses, crins sur la peau.) Un drain cigarette est laissé pendant 48 heures. Pendant ce temps il s'échappe un peu de liquide. On enlève le drain et tout semble bien marcher, lorsque le huitième jour on constate une rougeur diffuse de la plaie, avec tuméfaction sous-jacente. L'orifice du drain écarté, il s'échappe un demi-verre de liquide séro-hématique. Il persiste à partir du dixième jour une fistulette, d'où on retire une boucle de catgut chromé non résorbé. A partir de ce moment, tout rentre dans l'ordre.

De pareilles erreurs de diagnostic, que ce principe absolu «Dans le doute ne s'abstenir jamais», a immédiatement corrigées, ne viennent-elles pas démontrer d'une manière préremptoire aux médecins opportunistes et partisans du refroidissement, que leur méthode est mauvaise et ces seuls exemples, tous les jours rencontrés, ne suffisent-ils pas à condamner définitivement la méthode de la temporisation? Sans doute, répliquerons certains médecins, nous ne contestons pas les observations que vous nous présentez; mais à se précipiter tout de suite sur un malade et de lui ouvrir le ventre lorsqu'il a de la douleur dans la fosse iliaque droite, ne risque-t-on pas d'aller un peu vite en besogne et d'opérer pour une appendicite quelqu'un qui avait une simple côlique?

A cela nous objecterons qu'il vaut mieux faire une appendicectomie soit-disant inutile, que de commettre l'erreur inverse c'est-à-dire de ne pas opérer une appendicite qui évolue, en la prenant pour une côlique. Dans le premier cas le malade ne risque rien; dans le second il risque la mort.

Mais les médecins ne se tiendront pas pour battus et c'est là qu'ils agiteront le spectre de ces

fameuses crises appendiculaires qui en réalité n'étaient que des pneumonies.

A ce sujet nous ne pourrions mieux faire que de leur répondre par ces quelques mots tirés de la communication de M. le docteur Brun à la Société Nationale de Chirurgie du 4 Juillet 1931:

«Il faudra bien aussi qu'un jour on fasse une critique serrée de ce fameux point appendiculaire dans la pneumonie, c'est là une notion classique enseignée et invoquée trop souvent pour retarder l'opération et nous restons persuadé qu'elle a coûté plus de vies qu'elle n'en a sauvées. Pour notre part, nous n'avons jamais observé de point appendiculaire dans la pneumonie, mais l'erreur inverse est peut-être la cause de la mort du seul malade que nous ayons perdu en opérant dans les quarante-huit premières heures...».

Répondant à l'invitation qui nous est faite par notre maître, nous allons essayer, en nous basant sur les quelques observations suivantes de faire la critique du point appendiculaire dans la pneumonie. Il suffira de lire ces observations pour être persuadé que s'il existe peut-être des pneumonies à point de départ appendiculaire, on trouve, et beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit, des appendicites à allure de pneumonies ou se compliquant d'affections pulmonaires.

Ce point particulier ne nous semble pas avoir fait jusqu'à présent l'objet d'une étude spéciale et nous pensons qu'il est assez intéressant de le signaler ici.

Voici les observations que nous avons relevées à ce sujet:

Observation N° 13, 1920.

M. P..., 55 ans.

A eu six mois auparavant à Grenoble, un point douloureux violent dans la région scapulaire droite, avec frisson, fièvre élevée à 40° et quelques crachats hémoptoïques. Traité comme une pneumonie: Enveloppements froids, cataplasmes, ventouses scarifiées etc. etc. Durée trois semaines à un mois environ.

Trois mois plus tard, à l'occasion d'un voyage à Oran, le malade est repris par les mêmes symptômes; quelques jours après, apparaît une complication sous forme d'une pleurésie purulente. — Opération: Thoracotomie; issue d'une grande quantité de pus chocolat, d'odeur très fétide. Le malade met six semaines à guérir.

Arrivé à Tunis le malade est repris par un point de côté droit, tousse, a quelques crachats sanglants. Température à 39°. Le docteur N... consulté, croit que la fistule pleurale s'est refermée trop vite et qu'il s'agit d'une rétention de pus dans la plèvre. Il nous appelle en consultation pour voir s'il n'y a pas lieu d'intervenir de ce côté.

Le malade, un peu cachectique, nous raconte qu'en plus des phénomènes pulmonaires, il a depuis longtemps des troubles gastro-intestinaux, avec douleurs dans le ventre, coliques, entérite muco-membraneuse, qui l'obligent à suivre un régime spécial; il ajoute que depuis longtemps il ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, la palpation découvre une fosse iliaque empâtée, avec sensation de fluctuation profonde sous un cæcum tendu et douloureux. La pression est très nettement douloureuse. Le toucher rec-

tal révèle l'existence d'un abcès, à droite, dans la cavité pelvienne.

Intervention: Incision très externe le long de l'arcade crurale. On tombe sur un volumineux abcès rétro-cæcal renfermant du pus fécaloïde. On place un drain.

2e intervention: 3 mois plus tard.

On trouve un appendice rétro-cæcal, perforé en son milieu, très adhérant; la pointe remonte assez haut derrière le colon ascendant.

A la suite de l'opération le malade reprend rapidement 16 kg de poids.

Depuis 2 ans il n'a plus ressenti aucun trouble soit pulmonaire soit intestinal.

Observation N° 14.

D... Georges, 4 ans et demi.

Entré le 8 octobre, opéré le jour même. Le petit malade est envoyé d'Hérold où il était soigné pour une broncho-pneumonie. La crise appendiculaire semble remonter à 4 jours, douleurs abdominales avec vomissements, qui cèdent d'abord à la glace pendant deux jours, puis reprennent plus violemment le 4e jour.

A son entrée ventre météorisé; on sent à la palpation une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite. Mais la douleur est si vive que la palpation est rendue difficile.

Opération: On tombe à l'ouverture du ventre sur un volumineux abcès remplissant toute la fosse iliaque droite et le pelvis. Appendice très long, perforé et gangréné. Appendicectomie; un drain dans le Douglas, lavage à l'éther. Fermeture un seul plan au crin. Guérison.

Observation N° 15.

B... Robert, 9 ans, salle Bouchut N° 3, début brusque 8 jours avant, gros point de côté droit, vomissements, des douleurs abdominales, fièvre. A vomi pendant les deux premiers jours; ni diarrhée ni constipation; selles normales; tousse.

Entré à l'hôpital le 7 juillet. Température 39° matin, 39° soir, se plaint de souffrir du ventre, indique région appendice, il ne s'agit pas d'un simple point de côté abdominal car douleur à la pression, maximum au point de Mac Bourney et défense. Cependant gros foyer pneumonique à partie moyenne poumon droit, en arrière souffle tubaire, râles crépitants et matité. Diagnostic: Pneumonie et appendicite.

8 juillet, température matin 38°, soir 39°. Mêmes signes abdominaux et pulmonaires.

9 juillet, température matin 38°, soir 39°. A vomi deux fois dans la nuit, se plaint de souffrir violemment du ventre. Une selle diarrhéique, yeux cernés, pouls rapide, abdomen ballonné, douleurs générales à la palpation.

Les signes pulmonaires se sont modifiés, respiration soufflante et râles non crépités.

10 juillet, facies péritonéal, pouls plus rapide et moins bien frappé, température matin 38°, soir 38,8°, vu le soir par M. Brun.

11 juillet, état s'est encore aggravé, pouls filant, incomptable, abdomen ballonné, sub-matité dans les flancs. Au toucher rectal M. Renault a l'impression qu'il y a un commencement d'enkystement dans le petit bassin, température 37,4° matin. Passé l'après-midi en chirurgie. M. Renault conseille d'attendre, il voit le malade en chirurgie le 12 au matin, mourant, conseille l'intervention.

Opération: Péritonite, généralisée, appendice perforé et gangréné, appendicectomie, drain.

Mort quelques heures après l'intervention.

Observation N° 16. Mars 1921.

M. P...

Le malade avait déjà eu plusieurs crises d'appendicite et de nombreuses atteintes d'entéro-côlite muco-membraneuse. Le début des derniers accès remonte à 15 jours accompagnés d'assez violentes douleurs dans le ventre.

Dans les derniers jours surviennent des crachats hémoptoïques inexpliqués lesquels égarent le diagnostic du côté pulmonaire. Puis, deux jours avant l'intervention, le malade fait remarquer à son médecin qu'il a une «grosseur» dans la fosse iliaque droite. Le médecin nous fait appeler et il nous est facile de constater la présence d'une très volumineuse tumeur comblant toute la fosse iliaque et venant former une voussure à la peau.

Petite incision immédiatement en dedans de la crête iliaque; on ouvre alors un très volumineux abcès renfermant près d'un litre de pus d'odeur fécaloïde. Lavage à l'éther et drainage.

Cicatrisation complète au bout de trois semaines.

Observation N° 17.

L.... François, 4 ans, entré le 3 février, opéré le 19 mars au sixième jour de la crise. Décès.

Soigné dans un service de médecine pour une scarlatine, le petit malade fait soudainement une élévation de température. On croit à des phénomènes pulmonaires, pendant quatre jours; la tempé-

rature se maintient entre 38° et 39° ; elle tombe brusquement le cinquième jour de 40° à 37°. A ce moment on constate à l'examen un ballonnement uniforme du ventre, le pouls est incomptable, vomissements porracés incessants. On décide l'intervention que l'on fait in extremis. Opération : A l'ouverture du péritoine, pus en abondance, appendice gangréné et perforé, lavage à l'éther et drainage; l'enfant meurt quelques heures après l'intervention.

Observation N° 18. 1927.

Enfant D...

Enfant de 4 ans prise la veille de fièvre accompagnée d'un vomissement. Température très élevée avec une petite selle diarrhéique. Le premier médecin consulté pense à une gastro-entérite. Le soir, l'enfant a une dyspnée telle, avec quelques phénomènes convulsifs, qu'un médecin des hôpitaux pense à un début de pneumonie. L'enfant est traitée comme telle.

Le lendemain, la petite malade se plaint de tout le ventre et bientôt signale un point douloureux à droite. Les vomissements continuent; le ventre se ballonne. On pense cette fois à quelque chose d'abdominal et enfin dans l'après-midi le diagnostic d'appendicite s'impose. — Déjà les extrémités sont froides et cyanosées; il y a du hoquet.

Intervention : Laparotomie latérale sous petite bouffée de Kélène. A l'ouverture du péritoine il s'échappe un liquide bouillon sale extrêmement fétide. Appendice gros comme le pouce, de couleur aubergine, noir, gangréné. Appendicectomie; drainage. L'opération a duré cinq minutes. L'enfant succombe 1/2 heure après.

Nous voulons bien admettre qu'il existe des pneumonies à début simulant un syndrome appendiculaire; nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer. Il est curieux par contre que nous ayons eu les vérifications tangibles du contraire.

En poussant les choses à l'extrême et en faisant peut-être un peu trop preuve de mentalité chirurgicale, nous pourrions employer à l'égard des médecins les arguments qu'eux-mêmes utilisent envers nous en nous disant: Pourquoi cette appendicite n'aurait-elle pas guérie par un simple traitement médical? Pourquoi voulez-vous considérer toujours que l'acte chirurgical a été seul capable de sauver les malades que vous avez opérés? A ces médecins nous pourrions répondre: Qui nous dit que vos pneumonies n'étaient pas d'origine appendiculaire, puisque vous ignorez quel était l'état de l'appendice chez ces soi-disants pneumoniques?

Par contre, nos observations en font foi, nous avons eu fréquemment l'occasion de voir des cas qui étaient soignés par vous comme pneumonies, alors que ces dernières n'étaient que des appendicites avérées dont le diagnostic a été confirmé à l'intervention.

Parmi nos observations nous pouvons trouver plusieurs cas qui peuvent être classés en différentes catégories:

1° Il y a des cas où on trouve une crise d'appendicite nette avec un point douloureux thoracique intense et ce point a été l'unique manifestation thoracique de l'appendicite, aucun autre phénomène de congestion n'étant apparu de ce côté et tout ayant tourné court à la suite de l'appendicectomie pour appendicite aiguë certaine.

2° Il y a des cas où phénomènes thoraciques et appendiculaires ont évolué ensemble; du côté du thorax on trouve tous les signes classiques d'une condensation pulmonaire lobaire ou pseudo-lobaire parfois même des complications pleurales; alors que du côté de l'abdomen on trouvait des signes nets d'une appendicite ou d'une de ses complications. Et ceci avant toute intervention chirurgicale, car il ne faut pas que l'on puisse nous reprocher de faire entrer dans ce groupe, à l'appui de notre thèse, les complications pulmonaires qui pourraient suivre une appendicectomie; complications qui seraient de même ordre que celles qui peuvent survenir à la suite de toute laparotomie.

3° Complications pulmonaires où pendant très longtemps il n'existe que des phénomènes pulmonaires avant que l'on ne constate l'apparition de phénomènes abdominaux d'origine appendiculaire.

Etant donné cela, il nous est bien permis de penser qu'une appendicite peut très bien débuter par un point douloureux thoracique; si l'appendicite tourne court, comme cela peut arriver; si elle ne se manifeste dans la suite par rien de bien spécial du côté de l'abdomen, les médecins seront tout enclins à penser qu'il s'agit d'une petite pneumonie pure et simple surtout chez l'enfant où cette affection a de sérieuses tendances à la guérison spontanée.

A l'appui de cette thèse, elles sont très nombreuses les affections abdominales qui se traduisent par un point douloureux thoracique. L'exemple le plus édifiant n'existe-t-il pas dans la rupture d'une grossesse tubaire? Le point douloureux entre les deux épaules, s'accompagnant de respiration super-

ficielle est un symptôme d'une très grande valeur clinique, que l'on retrouve très fréquemment dans la grossesse tubaire rompue et qui a bien été étudié par le professeur Laffont d'Alger.

Chez l'enfant, l'appendicite toxique peut se caractériser par une respiration superficielle particulièrement intense et en imposer pour une affection thoracique; cette erreur a été la cause de la mort de la petite malade qui fait l'objet de l'observation N° 18.

Dans la colique hépatique, la douleur scapulaire droite est une notion par trop classique pour que nous y insistions; nous pourrions encore multiplier les exemples.

L'appendicite peut donc donner au même titre que les affections précédentes, un réflexe douloureux thoracique.

Ce qu'il y a également de certain, c'est que l'appendicite même chronique a un retentissement sur le diaphragme et l'excellent clinicien qu'était Faisans avait l'habitude d'enseigner qu'une diminution de respiration de la base pulmonaire droite était un bon signe d'appendicite chronique. La radiographie est venu démontrer que cette diminution correspondait à un travail moins intense du diaphragme droit lequel était comme parésié de ce côté. En cas d'appendicite aiguë ces phénomènes ne peuvent qu'augmenter d'intensité. La contracture du diaphragme dans ces conditions serait une véritable contracture de défense contre la douleur et serait assimilable à la contracture de défense de la paroi abdominale. La conséquence d'un pareil fait serait le retentissement sur le régime circulatoire de la base pulmonaire correspondante avec toutes

ses conséquences. Cela suffit à expliquer, pourvu que le point thoracique et les phénomènes de stase aient quelqu'intensité, qu'ils puissent donner le change et en imposer pour une congestion inflammatoire.

Dans les 2° et 3° groupes il existe bien au niveau du poumon des lésions indubitables évoluant pour leur propre compte et on conçoit facilement que dans ces conditions elles puissent être prises pour une entité uniquement localisée au poumon.

Mais pour nous, dans ces conditions il ne s'agit pas de pneumonies vraies, mais bien de broncho-pneumonies d'origine appendiculaire par suite de petites embolies septiques parties du foyer appendiculaire. C'est là encore une notion trop communément admise dans la pathogénie des broncho-pneumonies post-opératoires pour qu'il soit utile d'y insister. L'observation N° 13 est très édifiante a ce sujet et montre bien que les phénomènes pulmonaires étaient sous la dépendance du foyer septique appendiculaire puisqu'ils cessèrent sitôt l'appendice enlevé; le malade a été revu 10 ans après son opération; rien n'est plus survenu du côté de ses poumons.

Nous sommes donc bien obligé de conclure qu'il faut toujours se méfier de ce point abdominal au cours des pneumonies et qu'il ne faut penser à la pneumonie qu'après un examen attentif de la région appendiculaire; la notion classique du point douloureux abdominal de la pneumonie devrait être considéré comme rarissime car, comme nous le disions au début, elle a à son actif trop de désastres.

***

Notre chapitre de Pronostic sera très court. Il suffira de répéter la phrase de Hartmann:

«... *En présence d'une appendicite qui évolue, le plus savant d'entre nous est encore incapable de savoir ce qui va se passer*».

Il est donc parfaitement inutile de discuter sur la valeur pronostic de chacun des symptômes et si un appendice gangréné avec pus dans le ventre peut laisser le pouls à 70, la température à 37° et ne présenter qu'un peu de douleur et de contacture musculaire dans la fosse iliaque droite, on peut, avec des appendices simplement rouges et sans réaction péritonéale, trouver une fièvre intense et des vomissements incœrcibles.

Entre ces deux extrêmes toutes les variétés peuvent se rencontrer. Peu importe en somme, puisque la thérapeutique à appliquer à tous ces cas est toujours la même: l'opération systématique d'urgence. Ci-dessous une observation qui illustre bien le danger qu'il y aurait à se baser sur l'intensité des symptômes pour différer une intervention.

Observation N° 19, *Août* 1931.

Dr. Jean F..., collègue d'internat.

Au soir du 19 août le malade qui d'habitude jouit d'un appétit sérieux, remarque au cours de son dîner une inappétence bizarre. Il est réveillé aux environs de minuit par des douleurs abdominales assez intenses et à topographie mal définie; il semble cependant que ces douleurs aient un maximum à la fosse iliaque gauche. — Au matin le malade se présente à la garderobe et à une selle

diarrhéique à la suite de laquelle les douleurs cessent, pour faire place à une sensation de bien-être.

Néanmoins notre collègue sollicite l'examen par le docteur Brun, inquiété qu'il est au sujet de l'origine de cè malaise.

L'examen pratiqué par Monsieur Brun montre une sensibilité légère à la palpation étendue à tout l'abdomen à peine plus marquée dans la fosse iliaque droite. Il existe une ébauche de défense musculaire à ce même niveau. Le signe de Lapinsky est positif. Température 37,2°; Pouls bien frappé à 68.

Pas d'altération appréciable de l'état général.

En dépit de la pauvreté des signes cliniques, le docteur Brun propose l'intervention immédiate pour appendicite aiguë. L'intervention est pratiquée une demi-heure après, c'est-à-dire vers 10 heures.

Incision iliaque très externe. On tombe sur un appendice latéro-cæcal interne turgescent, dont l'extrémité distale est renflée en massue et extrêmement congestionnée; sur sa partie moyenne se trouvent deux plaques de sphacèle; le fond du cæcum est très congestionné et parsemé d'un piqueté hémorragique. — Appendicectomie suivant le procédé habituel avec enfouissement du moignon. En pressant sur la fosse iliaque on fait sourdre un liquide louche d'un volume d'environ 1/4 de litre. Un drain N° 2 est placé dans le Douglas. Rapprochement des lèvres de la plaie en un seul plan, au crin.

Suites opératoires: Elévation thermique modérée dans les deux jours qui suivent (38,5°); ablation du drain au bout de 48 heures. Suppuration légère de la plaie pendant un mois.

Nous avons fait nôtres les indications opératoires et la technique imposées par notre maître à l'hôpital Sadiki.

Ces indications sont résumées dans la communication du docteur Brun du 4 Juillet 1931 à la Société Nationale de Chirurgie:

«1° Il n'est pas de traitement médical de l'appendicite aiguë.

2° Toute appendicite aiguë en évolution doit être opérée d'urgence;

3° Tout médecin qui diffère une intervention charge lourdement sa responsabilité;

4° Les résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'on opère plus près de la crise;

En présence d'une appendicite qui évolue (douleur, fièvre, etc.), il faut abandonner la formule: opérer dans les trente-six ou quarante-huit premières heures, ensuite mieux vaut attendre.

6° Ce n'est pas parce qu'une appendicite est opérée après quarante-huit heures que l'intervention est grave, c'est parce que l'appendicite s'aggrave, qu'on est amené à opérer après quarante-huit heures.

7° Dans le doute ne s'abstenir jamais.

8° Mieux vaut en matière d'appendicite aiguë, une formule unique et toujours applicable: l'intervention systématique, que de laisser au praticien le choix des différentes méthodes contradictoires proposées par les classiques.

9° Supprimer l'appendice toutes les fois que la chose est possible.

10° Il faut réduire les indications du refroidissement à deux cas:

a) refus de l'intervention de la part du malade ou de la famille s'il s'agit d'enfant;

b) impossibilité matérielle de pratiquer immédiatement et dans de bonnes conditions l'intervention;

11° Fermer sans drainage, si l'appendice n'est ni perforé ni gangréné; s'il y a du pus, si l'appendice est perforé ou gangréné, un drain dans le Douglas et refermer en un seul plan.

Je suis certain que mon maître P. Duval approuvera les conclusions de son ancien interne — je ne les renie pas non plus — mais, depuis, douze années de pratique chirurgicale particulièrement active à l'hôpital Sadiki et douze années de clientèle ont fait de moi un interventionniste moins intransigeant sur un seul point. Lorsque je me trouve devant une appendicite en décroissance nette et indubitable avec un volumineux plastron, je n'affirme plus aussi impérieusement que l'on doive opérer.

J'en opère néanmoins, mais dans certaines conditions, chez les indigènes par exemple, qu'il est difficile de garder à l'hôpital et qui, la douleur dissipée, demandent à retourner dans leur bled; je préfère encore l'opération aux risques qu'ils peuvent courir risques d'autant plus grands qu'ils redouteront moins une nouvelle crise, puisqu'ils ont échappé à la première. Mais, j'insiste, dans les cas de gros plastron, et dans ces cas seulement, si l'appendicite est en décroissance, je préfère attendre.

La raison? la voici: ce n'est pas que j'aie eu à déplorer personnellement des cas de décès, lorsque j'ai dû intervenir dans ces cas bien définis —

non— mais bien souvent je me suis trouvé devant des cas très difficiles, d'exécution laborieuse, il m'est même arrivé de ne pas pouvoir trouver l'appendice enfoui dans des adhérences. A poursuivre sa recherche, j'avais l'impression d'aller au devant du danger, et mieux vaut encore deux opérations sans élégance, suivies de succès, qu'une seule opération brillante, mais mortelle. Il m'a fallu très souvent drainer, les suites ne furent pas exemptes de complications et je perdais ainsi les quelques avantages qu'il faut bien concéder à l'opération dite à froid.»

Nous pratiquons actuellement exclusivement l'incision très externe faite à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette incision ne dépasse pas en hauteur la ligne qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic; sa direction est sensiblement parallèle à celle de l'arcade crurale, sa longueur est de trois à quatre centimètres.

Il nous semble que cette incision très externe présente un certain nombre d'avantages qui sont loin d'être négligeables. Elle nous permet d'abord d'être peu gêné par la masse des anses du grêle; ces dernières restent plus en dedans et ne viennent pas aveugler le champ opératoire. D'autre part, comme l'a fait remarquer Lecène, au cas d'appendice en situation rétro-cæcale l'incision très externe est l'incision de choix; il est facile de l'agrandir en contournant l'épine iliaque et de se donner ainsi tout le jour nécessaire. De plus, lorsqu'on a affaire à un abcès péri-appendiculaire, il est très important de ne pas rompre les adhérences protectrices qui séparent cet abcès de la grande cavité; or l'incision

faite très en dehors répond bien à ce souhait. Etant donné les dimensions minimes de la plaie nous ne voyons pour ainsi dire pas d'éventrations post-opératoires, même après des drainages d'assez longue durée. Il est bien certain que la poussée des viscères abdominaux est d'autant plus grande, que l'on se rapproche plus de la ligne médiane.

*
**

Reste la question du drainage. La question ne se pose pas lorsqu'on a affaire à une appendicite aiguë où on trouve simplement un appendice rouge, turgescent, sans perforation ni gangrène et dont l'ablation est facile. Peu importe dans ce cas l'heure à laquelle on intervient. «La question du drainage est subordonnée moins au moment de l'intervention par rapport au début de la crise aiguë, qu'aux lésions anatomiques constatées». (A. Chalier) Nous ne drainons pas non plus lorsque le péritoine est le siège d'une réaction purement séreuse, l'appendice n'étant bien entendu ni perforé ni gangréné.

Si dans le péritoine il existe un peu de liquide bouillon sale, nous refermons la paroi, à condition que ce liquide n'ait pas une odeur fécaloïde.

Si au cours de l'intervention, des surfaces cruentées ou des adhérences saignent, nous mêchons; ces mèches ont comme but non pas de drainer, mais uniquement de pourvoir à l'hémostase.

Dans la très grande majorité des cas nous drainons au moyen d'un drain de caoutchouc placé dans le Douglas; il est rare que nous placions également un drain dans la fosse iliaque.

Jamais nous n'employons le Mikulicz.

En résumé les indications du drainage; pour nous sont les suivantes:

1° Lorsqu'il s'agit d'une appendicite avec appendice perforé ou gangréné.

2° Présence de liquide bouillon sale d'odeur fécaloïde dans le péritoine.

3° Présence de pus dans le péritoine; (abcès péri-appendiculaires ou péritonites généralisées d'origine appendiculaire.)

4° Appendicites à plastron, insuffisamment refroidies, dont les surfaces cruentées et les adhérences saignent. Dans ce cas il ne s'agit plus de drainage à proprement parler mais bien d'hémostase assurée au moyen de mèches.

Dans tous les cas où nous établissons un drainage, nous refermons incomplètement la paroi abdominale en un seul plan au crin. Les drains sont rarement laissé en place au delà de quarante-huit heures.

Nous ne pratiquons jamais de sérothérapie anti-gangréneuse.

Nos malades opérés d'appendicite grave conservent dans leur lit la position demi-assise pendant toute la duré du drainage. Le sérum physiologique est distribué largo manu soit en injections sous-cutanées ou mieux en goutte à goutte rectal. Nous ne voyons pour ainsi dire pas d'occlusions post-opératoires; notre statistique n'en signale qu'un seul cas.

Le jour même et dans les jours qui suivent l'opération, nous administrons volontiers quotidiennement 10 à 20 cc. d'huile camphrée dans le but de relever l'état général et de combattre les phénomènes d'ordre toxi-infectieux.

Observation N° 20, 1931.

Zbeida bent Béchir.

Il s'agit d'une jeune fille entrée au service il y a deux mois pour crise appendiculaire datant de quelques jours. On trouve un plastron net dans la fosse iliaque droite; la température atteint 38°.

La femme est mise au régime et à la glace; la température tombe rapidement et la fonte du plastron se poursuit bien, lorsque au bout de quinze jours la malade désire absolument rentrer chez elle. Elle continuera, dit-elle, le même traitement à domicile.

On revoit la malade tous les quinze jours, mais la fonte du plastron ne progresse plus. Comme il est très difficile de savoir si vraiment la femme suit le régime qui lui a été indiqué et si elle reste au repos et à la glace, le docteur Brun préfère intervenir.

Incision très externe. On tombe sur un appendice rétro-cæcal noyé dans des adhérences et dont l'extrémité plonge dans un abcès. On prolonge vers le haut l'incision primitive pour se donner du jour. La libération de l'appendice est extrêmement laborieuse et son extrémité se rompt au cours des manœuvres. Appendicectomie au thermocautère sans enfouissement du moignon. On place dans le lit de l'appendice un drain N° 2 et trois mèches. Fermeture incomplète de la paroi, en un seul plan au crin. Le drain et les mèches sont enlevés 48 heures après l'intervention. La malade sort guérie au bout d'un mois.

Observation N° 21, 25 février 1928.

Mad. S...

Il y a deux mois la malade a été prise de douleurs dans la région appendiculaire à B...; elle a été purgée et lavementée. Arrivée à Tunis elle consulte les docteurs C... et Brun qui découvrent un volumineux plastron et tentent de refroidir pendant six semaines. Le plastron ne se résorbe pas; bien au contraire il ne tarde pas à s'abcéder et on sent une fluctuation très nette en son centre. On décide d'intervenir.

Incision dans la fosse iliaque droite; on ouvre ainsi un volumineux abcès, renferment environ un demi-litre de pus épais, d'odeur fécaloïde.

Lavage à l'éther; drainage par un drain N°3.

Suites opératoires normales.

Observation N° 22, Juillet 1925.

M. Lucien G...

Le malade est vu 4 ou 5 jours après une crise d'appendicite aiguë diagnostiquée à son début, mais dont l'intervention est différée on ne sait pourquoi. En examinant le malade on se rend compte qu'il existe une contracture et un certain degré d'empâtement de la fosse iliaque droite.

Malgré la glace et la diète, la température ne tombe pas; la douleur persiste et l'empâtement augmente. Très rapidement il se forme un volumineux abcès dans la région sous-ombilicale, lequel s'accompagne d'envies fréquentes d'uriner et de douleurs à la miction. On est sur le point d'intervenir sur cet abcès, lorsque subitement le malade a deux ou trois selles glaireuses; il perfore son abcès

dans l'intestin, et a encore par la suite plusieurs selles purulentes. A la suite de cela la température tombe et l'état général devient rapidement meilleur. On attend encore pendant six semaines. Pendant tout ce temps le malade reste apyrétique et à la fin il ne persiste plus rien de palpable dans la fosse iliaque droite.

A l'intervention, on trouve une partie du cæcum adhérente à la fosse iliaque et noyée dans un magma jaunâtre. On arrive à découvrir l'appendice, lequel a tendance à se diriger vers le Douglas. Appendicectomie rétrograde, sans enfouissement du moignon.

Fermeture en trois plans; crins sur la peau. Le malade sort guéri le onzième jour.

Observation N° 23, Août 1924.

Albert S..., Tunis.

Le malade a fait il y a deux mois une crise des plus nettes d'appendicite aiguë vue par un premier médecin; cette crise est prise pour un embarras gastrique fébrile.

Le malade est revu deux jours après par le docteur L... qui croit bon, étant donné qu'il se trouve en présence d'un cas datant de plus de 48 heures, de tenter le refroidissement. Ce refroidissement a été des plus pénibles et le malade s'est maintenu pendant très longtemps aux environs de 40°. Au cours du refroidissement il se fait alors un plastron qui ne tarde pas à s'abcéder et menace de s'ouvrir à la peau. A ce moment on se décide à intervenir, lorsque brusquement l'abcès se vide dans l'intestin. Après cette évacuation, la température tend vers la normale. Toutefois le malade fait

de temps à autre des accès fébriles. Six semaines après l'évacuation spontanée, la fosse iliaque étant souple, on décide l'intervention.

Incision iliaque très externe. On tombe sur un cæcum adhérent en dehors et en arrière. L'appendice, rétro-cæcal, est très adhérent; on arrive néanmoins à l'extérioriser. Ligature de la base de l'appendice. Section au thermocautère. Pas d'enfouissement du moignon. Un suintement se produit, lequel nécessite la pose d'une petite mèche dans le lit appendiculaire. Fermeture en trois plains. Crins sur la peau.

Le malade sort guéri le 21e jour.

Observation N° 24, 29 Octobre 1923.

M. M...

Il s'agit d'un malade d'une cinquantaine d'années environ qui a déjà eu plusieurs crises d'appendicite et dont la dernière remonte à trois semaines. Au moment où le malade est vu, il existe un plastron lequel est encore pareil après trois semaines de régime avec application de glace sur l'abdomen; il persiste également un léger état fébrile. Les choses ne semblant pas vouloir s'arranger, on décide d'intervenir.

A l'incision, la paroi apparaît comme étant très épaisse; les muscles surtout sont très développés. Le cæcum est adhérent à la paroi abdominale antérieure; il existe de nombreuses adhérences autour de l'appendice et ce dernier est perforé au milieu d'elles.

L'appendicectomie est laborieuse; pendant qu'on la pratique on trouve dans les adhérences un

gros calcul stercoral entouré d'un petit abcès très fétide.

Appendicectomie sans enfouissement du moignon. On place une mèche et un drain dans le lit appendiculaire. Une fistule stercorale persiste pendant trois semaines puis tout rentre dans l'ordre.

Observation N° 25, Mars 1926.

Madame D...

La malade a eu il y a deux mois environ une crise d'appendicite très nette avec douleurs dans la fosse iliaque droite, température, vomissements, défense musculaire. La malade a été purgée, ce qui a amené l'aggravation des symptômes. — On refroidit pendant un mois, mais à la suite d'un régime repris trop tôt et d'une marche, la malade sent les douleurs apparaître de nouveau. On sent un empâtement net dans la fosse iliaque droite; la douleur a son maximum à la région lombaire droite et fait penser à un appendice rétro-cæcal. La malade est refroidie de nouveau pendant un mois, puis on se décide à intervenir.

Incision très externe; l'appendice est gros comme le petit doigt, blanchâtre, très long, rétro-cæcal et adhérent à la paroi du cæcum laquelle est du reste très épaissie; appendicectomie au thermo. avec enfouissement du moignon. Fermeture de la paroi en trois plans. Agraffes sur la peau.

Ablation des agraffes le 7e jour, Réunion per primam. Sortie le 10e jour.

Observation N° 26, 24 avril 1928.

M. R. de M...

La crise débute à G..., le 25 janvier à 10 heures du soir par un malaise suivi de vomissements et ne

tardant pas à s'accompagner de violentes douleurs du côté droit de l'abdomen. — Pas de fièvre. Le malade reste couché toute la journée du 26. Les vomissements ont cessé, mais les douleurs persistent toujours. Le 27 au matin, départ pour Z...; à 4 h. du soir la température est de 40°; à 7 h. un médecin militaire ordonne un lavement avec un quart de litre d'huile ainsi que des compresses froides au laudanum sur le vendre. Du 27 au 31, repos au lit. Le malade se lève le 1er février car il se sent mieux; il reprend une alimentation normale. Le lendemain à 2 h. de l'après-midi la température est de nouveau à 40°; Pendant une semaine la température oscille entre 38,5 et 40°. Le 7 février la température étant à 37,5°, le malade décide de partir pour S..., à 4 h. du soir la température est à 38,6°. Le 9 février elle monte à 39°. Le patient entre alors à la clinique.

On sent alors dans la région iliaque droite un plastron net et volumineux. Le malade est mis au régime et à la glace pendant un mois.

La crise semblant être complètement refroidie, on pratique l'intervention qui permet de découvrir un appendice rétro-cæcal adhérant, sectionné à sa partie médiane et dont l'extrémité a été phagocytée.

Appendicectomie rétrograde avec enfouissement du moignon appendiculaire. On laisse un petit drain en place et on referme la paroi en trois plans.

Le malade sort guéri 10 jours après.

Conclusions

1° L'intensité des signes cliniques d'une crise d'appendicite n'est pas en relation directe avec la gravité des lésions anatomiques; ce n'est que par l'opération que l'on peut dire si la crise est bénigne ou grave.

2° Le médecin qui pose le diagnostic d'appendicite aiguë doit demander sur l'heure l'avis du chirurgien; s'il ne le fait pas, il charge lourdement sa responsabilité et commet une faute professionnelle grave.

3° Le diagnostic de l'appendicite aiguë est simple dans la grande majorité des cas.

4° La forme rétro-cæcale de l'appendicite étant fréquente, il est nécessaire, au cours de l'examen du malade, de rechercher systématiquement la symptomatologie appendiculaire dans la région lombaire inférieure droite.

5° Il faut se méfier des points douloureux abdominaux au cours de certaines affections pulmonaires aiguës surtout chez les enfants. Ces points peuvent être une manifestation d'un processus inflammatoire intra-abdominal réel précédant ou accompagnant l'affection pulmonaire.

6° En présence d'une appendicite aiguë avec plastron, il vaut mieux refroidir, à condition que le malade soit soumis à une observation médicale suivie; dans le cas contraire, de même que lors-

que cette appendicite en dépit du refroidissement continue à évoluer, l'opération est indiquée.

7° L'incision très externe, à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, offre de grands avantages.

8° Les indications du drainage sont les suivantes:

a) Appendice perforé ou gangréné.

b) Présence de liquide bouillon sale d'odeur fécaloïde, dans le péritoine.

c) Présence de pus dans le péritoine. (Abcès péri-appendiculaire ou péritonite généralisée d'origine appendiculaire).

d) Appendicites à plastron, insuffisamment refroidies, dont les surfaces cruentées et les adhérences saignent. Dans ce cas il ne s'agit plus de drainage à proprement parler mais bien d'hémostase assurée au moyen de mèches.

9° Le drainage fait au moyen d'un drain de caoutchouc dirigé vers le Douglas nous semble suffisant. Dans les cas où l'on établit un drainage, il y a avantage à refermer incomplètement la paroi en un seul plan.

Vu: le Président de Thèse: P. MERKLEN.

Vu: le Doyen de la Faculté: P. MERKLEN.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg:
DRESCH.

Bibliographie

AUVRAY. — A propos de l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Société Nationale de Chirurgie T. LVII N° 18, 13 Juin 1931.

BASSET A. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 17, 23 Mai 1931.

BAZY P. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 17, 23 Mai 1931.

BONNEAU. — Le drainage dans l'appendicite à chaud. Presse Médicale, 17 Juin 1925.

BOTREAU-ROUSSEL. — Sur l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 21, 20 Juin 1931.

BROCA. — Article Appendicite in Traité de Chirurgie infantile. Ed. 1914, p. 991.

BRUN. — Péritonite à pneumocoque chez l'enfant. — Presse Méd. 27 fév. 1897.

BRUN G. — Des avantages de l'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës. — Thèse de Paris 1918.

— Quelques réflexions sur l'appendicite aiguë et sur le point appendiculaire dans la pneumonie. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 23, 4 Juillet 1931.

BRUNSWIC-LE-BIHAN. — Cité in Traité d'anatomie topographique de Testut et Jacob T. II, p. 220, éd. 1906.

CHALIER. — Drainage dans l'appendicite aiguë. — Congr. de Chir. 1926, p. 235.

— Drainage dans la question de l'appendicite aiguë. — Presse Méd. N° 84, p. 1318, 1926.

CHEVRIER. — Sur l'intervention précoce dans l'appendicité aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 21, 20 Juin 1931.

CLEMENT. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 20, 13 Juin 1931.

De FOURMESTRAUX. — Sur l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 21, 20 Juin 1931.

DIEULAFFOX. — Manuel de pathologie interne. Vol. III, p. 302.

DUVAL P. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 22, 27 Juin 1931.

FAURE. — Drainage dans l'appendicite à chaud. — Presse Médicale N° 7, oct. 1925, p. 1329.

FEVRE M. — Péritonites à pneumocoques. — Gazette des Hôp. N° 78, 30 Sept. 1931.

GERARD-MARCHANT. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 17, 23 Mai 1931.

HARTMANN. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 20, 13 Juin 1931.

— Traitement des péritonies aiguës. — Congr. français de Chirurgie, Paris 1911.

HUET P. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 17, 23 Mai 1931.

LAFFORGUE. — Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du caecum; Arch. Internationales d'Anatomie et de Physiologie, 1893.

LAPINSKY. —

LENOAMANT. — A propos de l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 18, 13 Juin 1931.

MATHIEU P. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 17, 23 Mai 1931.

METIVET G. — Sur l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 21, 20 Juin 1931.

MURAND J. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 17, 23 Mai 1931.

OMBREDANNE. — Appendicite, indications opératoires. Technique chirurgicale infantile, 1912, p. 160-172 et 176.

POULIQUEN. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 20, 13 Juin 1931.

SCHWARZ A. — Id.

SORREL E. — A propos de l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 18, 13 Juin 1931.

STERN. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 20, 13 Juin 1931.

TARENETZKY. — Cité in Traité d'Anatomie de Testut.

THIERY P. — Sur l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 19, 6 Juin 1931.

PARTURIER et DEHERRIPON. — Le point de côté abdominal, dans la pneumonie chez l'enfant. — Bull. de la Soc. Méd. de Lille, Mai 1931.

TUFFIER et JEANNE. — Etude anatomique sur l'appendicite et la région iléo-caecale. Revue de Gynécologie, 1899.

VANVERTS J. — Sur l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë. — Soc. Nat. de Chir. T. LVII N° 21, 20 Juin 1931.